THESE

DO

DR. ALBERTO DE ANDRADE MACHADO

Machado (A. de A.)

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA MEDICA

Da uremia e suas variedades clinicas

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das Cadeiras da Faculdade

THESE

APRESENTADA

A' Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

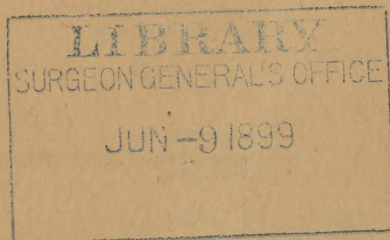
Em 28 de Outubro de 1896
e perante ella defendida em 15 de Janeiro de 1897

POR

Alberto de Andrade Machado

Natural do Estado de Minas Geraes

Filho legitimo de Carlos José Machado e D. Anna Joaquim Machado

SENDO APPROVADO PLENAMENTE

RIO DE JANEIRO
TYPOGRAPHIA BESNARD FRÈRES — RUA DA ALFANDEGA 124
1897

Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

DIRECTOR — Dr. Albino Rodrigues de Alvarenga.

VICE-DIRECTOR — Dr. Francisco de Castro.

SECRETARIO — Dr. Antonio de Mello Muniz Maia.

LENTES CATHEDRATICOS

Drs.:

João Martins Teixeira	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos	Chimica inorganica medica.
João Joaquim Pizarro	Botanica e zoologia medicas.
Ernesto de Freitas Crissiuma	Anatomia descriptiva.
Eduardo Chapot Prevost	Histologia theorica e pratica.
Arthur Fernandes Campos da Paz	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho	Physiologia theorica e experimental.
Antonio Maria Teixeira	Materia medica, Pharmacologia e arte de formular.
Pedro Severiano de Magalhães	Pathologia cirurgica.
Henrique Ladisláu de Souza Lopes	Chimica analytica e toxicologia.
Augusto Brant Paes Leme	Anatomia medico-cirurgica.
Marcos Bezerra Cavalcanti	Operações e apparelhos.
Antonio Augusto de Azevedo Sodré	Pathologia medica.
Cypriano de Souza Freitas	Anatomia e physiologia pathologicas.
Albino Rodrigues de Alvarenga	Therapeutica.
Luiz da Cunha Feijó Junior	Obstetricia.
Agostinho José de Souza Lima	Medicina legal.
Benjamin Antonio da Rocha Faria	Hygiene e mesologia.
Antonio Rodrigues Lima	Pathologia geral e historia da medicina.
João da Costa Lima e Castro	Clinica cirurgica — 2ª cadeira.
João Pizarro Gabizo	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
Francisco de Castro	Clinica propedeutica.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro	Clinica cirurgica — 1ª cadeira.
Erico Marinho da Gama Coelho	Clinica obstetrica e gynecologica.
Hilario Soares de Gouvêa	Clinica ophthalmologica.
José Benicio de Abreu	Clinica medica — 2ª cadeira.
João Carlos Teixeira Brandão	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas
Candido Barata Ribeiro	Clinica pediatrica.
Nuno de Andrade	Clinica medica — 1ª cadeira.

LENTES SUBSTITUTOS

Drs.:

1ª secção	Tiburcio Valeriano Pecegueiro do Amaral
2ª secção	Oscar Frederico de Souza.
3ª secção	Genuino Marques Mancebo e Luiz Antonio da Silva Santos.
4ª secção	Philogonio Lopes Utinguassú e Luiz Ribeiro de Souza Fontes.
5ª secção	Ernesto do Nascimento Silva.
6ª secção	Domingos de Góes e Vasconcellos e Francisco de Paula Valladares.
7ª secção	Bernardo Alves Pereira.
8ª secção	Augusto de Souza Brandão.
9ª secção	Francisco Simões Corrêa.
10ª secção	Joaquim Xavier Pereira da Cunha.
11ª secção	Luiz da Costa Chaves Faria.
12ª secção	Marcio Filaphiano Nery.

N. B. — A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

UREMIA E SUAS VARIEDADES CLINICAS

Resumo Historico

Os phenomenos uremicos foram pela primeira vez descriptos em 1827 por Bright.

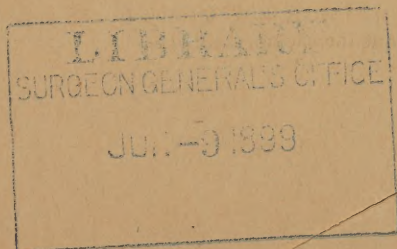
Este phenomenos constituem um dos symptomas fundamentaes do mal de Bright.

John Bostock e Christison, em 1830, assignalaram a presença da uréa na serosidade e no sangue dos nephriticos.

Desta epocha em diante muitos pathologistas esforçaram-se para explicar a pathogenia dos accidentes uremicos, como para differençar-lhes as modalidades clinicas.

Existem de facto numerosos trabalhos em ambos estes sentidos, porem nem todos propostos satifazem completamente o fim a que se destinam.

A primeira theoria que appareceu, foi de Wilson, baseando-se na descoberta da uréa.

Addisson publicou os seus estudos sobre accidentes uremicos, em 1837, Piorry, em 1847, dá a estes accidentes a denominação de uremicos, a unica que é admittida hoje por todos.

Lesegue e Frerichs foram os primeiros que dividiram a uremia em aguda e chronica, admittiam apenas a forma cerebral.

A forma dyspneica ou respiratoria foi creada por German Sée.

A forma gastro-intestinal, foi estabelecida por Fournier, em 1863.

Mais tarde Jaccoud propoz outra forma uremica, denominada : uremia arthritica.

Difinição

Labadie-Lagrave definiram a uremia um syndroma caracterizado principalmente por perturbações cerebraes, respiratorias e gastro-intestinaes, que resultam da falta de ex_ creção pelos rins, e portanto, da retenção no sangue, de substancias toxicas introduzidas normalmente ou elaboradas physiologicamente na economia.

Synonimia

Os principaes nomes dados a uremia são : urocemia, toxuria, ammoniernia, urenemia, etc.

Ethiologia

Todas as lezões dos rins, podem dar lugar aos accidentes uremicos ; as nephrites sendo as mais communs destas lezões, é como complicações das nephrites e sobre tudo da nephrite intersticial que se tem occasião de observar a uremia.

A uremia parece estar mais em relação com a extenção do que com o estado das lezões dos rins.

A uremia pode-se produzir fóra de toda alteração anatomica do rim e só pelo facto da insufficiencia urinaria, insufficiencia esta dependente do espasmo das vias de excreção que acompanha algumas vezes a lithiase renal.

Lacorché e Talamon não admittem a influencia das estacões e dos climas como causas ethiologicas do mal de Bright, que é por sua vez uma causa poderoza de accidentes uremicos.

Certas modificações nos symptomas da nephrite existente, annunciam muitas vezes a apparição dos accidentes uremicos ; taes são, por exemplo, uma diminuição notavel da quantidade da urina com abaixamento da sua densidade ou a apparição de cylindros em grande numero numa urina que antes continha pouco.

O pouco desenvolvimento do edema e sua resorpção rapida que faz entrar na circulação os materiaes toxicos infiltrados no tecido conjunctivo, tem uma acção manifesta sobre a producção da uremia ; logo que o edema é generalizado, é precizo sem attribuir a uremia a obstaculo consideravel que a urina experimenta em circular nos canaliculos urinarios.

Os vomitos e a diarrhéa que alguns autores observam como phenomenos precursores da uremia, são já symptomas desta complicação.

Pathogenia

A theoria da uremia é baseada sobre este facto que, não só nas lesões dos rins, como na insufficiencia da depuração urinaria, os materiaes de disassimilação que deveriam ser expulsos pela urina se accumulam no sangue e provocam uma intoxicação que é a fonte dos accidentes.

Jaccoud diz que uremia não significa uréa no sangue e sim urina no sangue. Esta theoria é verdadeira, porém a difficuldade está em não se poder especificar quaes são os elementos de desassimilação que são os agentes toxicos.

Os accidentes uremicos tem coincididos com um abaixamento da uréa na urina e com a presença de uma enorme quantidade de uréa no sangue. Mas, em compensação, ha série de factos negativos onde o exame do sangue praticado nos uremicos não tem permittido achar algum excesso de uréa. Os factos de Parker, de Mosler e tantos outros, onde os doentes attingidos de accidentes uremicos expelliam nas suas urinas uma quantidade de uréa normal.

Feltz Ritter e Guinquand tem demonstrado que, para chegar-se a matar animaes pelas injecções de uréa chimicamente pura, é preciso quantidades consideraveis de uréa.

Frerichs suppoe que a uréa se transforma no sangue em carbonato de amonea, que Jaccoud chama ammoniemia.

Os doentes tem amoniaco nos vomitos e nas suas dejecções e seu halito é muitas vezes amoniacal o que pode-se muitas vezes observar, pondo-se adiante da bocca uma substancia embebida de acido chlorhydrico sobre o qual se precipitam cristaes de acetato de amoniaco.

Os saes de potassa foram observados por Feltz e Ritter como parte essencialmente toxica da urina, estes autores propoem dar á intoxicação produzida pela retenção dos principios toxicos da urina, o nome de potassiemia.

Bouchard, segundo suas experiencias, tem observado com effeito a toxidade dos saes de potassa, porém não concorda com a predominancia na toxidade geral das urinas, outras substancias muito importantes merecem igualmente ser incriminadas.

As materias corantes e os ptomainas gozam na toxidade das urinas um fim muito importante.

Bouchard tem feito experiencias muito minuciosas, consagradas a este assumpto e a conclusão que tirou, é que a intoxicação urinaria não é devida a tal ou qual substancia contida na urina, mas ao conjuncto destas substancias, que são umas chimicamente e physioiogicamente conhecidas, outras ainda pouco conhecidas e em estudo.

A theoria de Bouchard é a mais recente e tambem a unica, que não apresenta o exclusivismo systematico.

Este autor considera o organismo humano como um laboratorio de venenos incessantemente formados em nossos orgãos e tecidos e eliminados pelas urinas.

O homem produz em dois dias uma quantidade de veneno sufficiente para intoxical-o.

Para matar um kilogramma de carne viva bastam em média 45 centimetros cubicos de urina humana normal, que contem diversas substancias toxicas, caracterisadas por effeitos especiaes.

Bouchard reconhece sete destas substancias : uma, a uréa, é diuretica e muito pouco toxica ; duas são convulsivantes ; a quarta é narcotica, a quinta, syologenica, a sexta contrahe a pupilla e a setima é hypothermisante.

Estes venenos tem uma quadrupla origem: a alimentação; a disassimilação constante dos elementos organicos ; a bilis, que é toxica por sua materia corante, e o trabalho de putrefação, que se passa no intestino.

Uma vez que a funcção renal está perfeita, a economia nada tem a receiar destes venenos ; logo que, porém, houver insufficiencia renal, começa então a intoxicação, resultando a uremia da acção de todas estas substancias retidas no organismo.

Este facto é comprovado pela inocuidade da urina dos uremicos, que pode ser injectada impunemente sem se observar os accidentes devidos a injecção da urina normal.

A uremia é pois o resultado da insufficiencia da depuração urinaria.

Deve ser considerada como um symptoma e não como uma complicação das nephrites.

Todo individuo attingido de nephrite agudo ou chronica é por isso mesmo em imminencia de uremia ; é uremico a estado latente ou quasi latente e elle escapa muitas vezes aos grandes accidentes, se a dose do agente toxico é minima, si a lesão dos rins é pouco extensa e lenta na sua evolução, mas em principio, as perturbações uremicas, ligeiras ou graves, só

apparecem quando ha uma accumulação sufficiente do agente toxico no sangue.

Quasi todos os pequenos accidentes do brightism, a cryestesia, os choques electrlcos, os pruridos, etc., parecem ser o resultado de uma uremia ligeira.

Outros accidentes mais intensos, a cephalea, as perturbações gastricas, a prostração passageira, são devidos a uma intoxicação uremica mais severa.

Emfim os grandes accidentes, dyspnea terrivel, cephalea violenta, vomitos incoerciveis, diarrhéa profusa, convulsões epileptiformes, delirio, coma, são a consequencia da intoxicação uremica a seu maior gráo.

Tem -se dividido a uremia em aguda e chronica.

Todos os accidentes uremicos, ligeiros ou intensos podem se combinar ou succeder-se. A uremia não começa sempre pelos pequenos accidentes para elevar-se em seguida aos grandes accidentes.

Nas nephrites agudas ou sub-agudas, quando o agente in, fecciozo ou toxico attinge e altera rapidamente os elementos essenciaes do rim, os grandes accidentes uremicos podem ser precoces, podem apparecer sem ter sido precedidos de accidentes uremicos de fraca intensidade.

Ao contrario, nas nephrites chronicas a lenta evolução, os grandes accidentes uremicos podem não apparecer senão muito tardiamente, depois de uma serie mais ou menos completa de accidentes uremicos ligeiros e attenuados.

Não só a grande uremia sobrevem a titulo de periodo ultimo e mortal a ultima phase das nephrites chronicas, os rins

estando irremediavelmente desorganisados, como tambem apparece a titulo de episodio agudo, algumas vezes passageiro e curavel, exactamente como um ataque de asystolia renal.

Variedades clinicas da uremia

A observação clinica tem mostrado que os symptomas da uremia podem evoluir-se mais ou menos rapidamente ou lentamente, constituindo-se assim a uremia aguda e chronica.

Lecorché e Talamon não admittem esta divisão, visto que, os symptomas da uremia rapida são os mesmos que os da uremia lenta.

Tres são as variedades clinicas da uremia : a uremia cerebral, a uremia dispneica e a uremia gastro-intestinal.

Estas denominações lhes foram dadas de accordo com as manifestações symptomaticas.

Jaccoud propoz uma quarta variedade, a uremia arthritica, que Lecorché não acceita, attribuindo a rheumatismos que se produzem antes sob a influencia das nephrites parenchimatozas.

Uremia cerebral. Os symptomas desta variedade clinica, podem ter uma marcha torpida ou essencialmente rapida, caracteriza-se por cinco manifestações diversas, ou por outra, por cinco formas : a forma convulsiva, a camatoza, a delirante, a paralytica e a mixta.

Todas estas formas são precedidas de prodromos, que raramente faltam e que constituem os signaes reveladores da imminencia proxima da intoxicação.

Entre os phenomenos prodromicos a cephalalgia é o mais constante e o que occupa o primeiro logar, pois que é o precursor habitual de todos os outros.

A cephalalgia consiste ora em uma sensação de pezo ou compressão, que os doentes accusam no alto da cabeça, ora em dores surdas e lancinantes, intermittentes ou passageiras.

A insomnia, vertigens e atordoamentos se ligam muitas vezes a esta cephalalgia, que assim torna-se um dos mais manifestos signaes da uremia, que vai-se declarar.

As perturbações visuaes não são menos notaveis, como prodromos da uremia. Predominam a amblyopia e a amaurosa, podendo ser tambem observadas, a hemiopia, a hemerolopia, a diploplia, a presbitia e o acromatismo.

Estas perturbações manifestam-se e desapparecem repentinamente, o que faz distinguir das perturbações ligadas a lezões da retina, etc.

As perturbações do ouvido, tambem, foram notadas, estas perturbações podem ser passageiras ou então consistir em uma dureza do ouvido, que dá em resultado uma surdez completa.

As perturbações da sensibilidade cutanea, cuja importancia é muito inferior as perturbações auditivas e visuaes, tambem constituem signaes da uremia, occupando o primeiro lugar, o prurido, que pode ser insupportavel e durar semanas e mesmo mezes.

As nevralgias tambem podem apparecer, affectando os nervos periphericos, como symptoma da uremia.

A dyspnea, os vomitos e as enterhorragias, diz o professos Bouchar, parecem ser antes produzidas por pertur-

bações cardiovasculares, que acompanham as nephrites, do que pela propria uremia.

Forma convulsiva. Pode apparecer bruscamente, porém ordinariamente, alguns prodromos se fazem pressentir : as urinas diminuem de quantidade, o doente se queicha de cephalalgia violenta, epistaxis, vertigens, atordoamento, perturbações visuaes, auditivas, etc., e a um momento dado apparece um ataque convulsivo, quasi identico ao ataque da epilepsia.

A perda subita de conhecimento com ou sem coma, as convulsões tonicas, as convulsões clonicas, com mordeduras da lingua e o periodo de collapsus se succedem como na epilepsia ; ha esta differença, que no ataque uremico o grito inicial faz falta, a predominancia unilateral é menos accusada e a temperatura desce abaixo da normal. Nem sempre esta regra é absoluta, ha casos em que se nota elevação de temperatura

O numero de ataques é algum tanto limitado, um ou dois em 24 horas.

Uremia delirante. Apresenta-se sob differentes aspectos.

Ordinariamente o delirio apparece a titulo de epiphenomeno aos periodos ultimos da molestia ; mas, em alguns casos o delirio toma uma importancia predominante ; pode mesmo revestir as formas de mania e simular a alienação.

Algumas vezes o delirio uremico reveste as formas da maniã aguda com excitação, agitação, insomnia, loquacidade, vociferações.

O doente levanta-se a todo instante, não pode ter se no lugar, debate-se quando quer-se o deter. A excitaçao alterna algumas vezes com phazes de torpor, somnolencia. etc.

Em alguns casos, ha predominancia da hallucinações do

ouvido e da vista ; o doente vê manobrar esquadrões, houve canto, vê pessoas revestidas de ricos costumes.

Não só é a forma lypemaniaca que domina ; o doente tem todas as apparencias de um melancolico : a vista se estingue, a figura impassivel, colloca-se num mutismo absoluto, parece resignado a tudo soffrer, tem medo de morrer, outras vezes quer morrer.

Como tambem as ideias de perseguição apparecem ; o doente repelle os alimentos suppondo veneno ; crê que quer-se attentar contra seus dias, crê capaz dos maiores crimes, etc.

Raramente, o delirio uremico reveste a forma esotica e religiosa.

Estas differentès variedades de delirio podem existir isoladamente ; muitas vezes se seguem, alternam-se e se conbinam.

A duração varia, segundo as observações já publicadas ; as vezes pode ir a dois mezes.

As vezes o delirio uremico apparece bruscamente e attinge desde o começo toda sua intensidade, outras vezes annuncia-se por algumas palavras e por gestos incoherentes, chegando gradualmente a seu apogeo.

Em alguns casos, o deliro uremico conserva quasi toda sua intensidade durante sua evoluçãa, outras vezes observa-se remissões notaveis, e uma melhora passageira.

Certos brighticos são predispostos ao delirio por accidentes alcoolicos, por perturbações anteriores necropathicas, por herança.

Não só o delirio uremico faz parte de um conjuncto de symptomas brighticos e o diagnostico não apresenta difficul-

dade ; como tambem o delirio é o symptoma dominante e reveste uma tal importancia que o diagnostico offerece reaes difficuldades, levándo-nos muitas vezes, a encerrar como alienado, num asilo, um doente que não é em summa senão um brightico.

Uremia comatoza. O coma pode ser fulminante, apoplectico, apezar de ser sempre precedido ou annunciado, ora pelos symptomas prodromicos da uremia, ora pelos vomitos ou perturbações digestivas.

Outras vezes é ainda brusco e succede a uma crise delirante ou convulsiva, porém em geral se estabelece lenta e progressivamente e neste caso sua terminação é sempre fatal.

Bourneville diz que ha sempre declinio da temperatura central, quando o coma reveste-se desta forma progressiva. A anuria è quasi completa, a face pallida, os olhos fechados ou semi-fechados, as pupillas mais ou menos dilatadas e moveis ; muitas vezes são estreitadas ; o pulso é tranquillo, as vezes fraco e brando, as vezes amplo e cheio.

Quer succeda ou não á convulsões, o coma fulminante pode produzir a morte em algumas horas, porém não é fatalmente mortal ; o doente as vezes restabelece-se completamente, conforme dá-se na nephrite da escarlatina.

Quando a terminação tende a ser favoravel, a duração do coma será curta, pois que irá diminuindo pouco a pouco e em um quarto de hora ou meia hora terá desapparecido completamente.

Uremia paralytica. Até bem pouco tempo, a ausencia de paralysia era considerada pela maioria dos autores como um caracter distinctivo da uremia cerebral.

Addison foi o primeiro a estabelecer de um modo claro esta ausencia da paralysia como um dos caracteres mais especiaes a uremia cerebral, opinião esta confirmada mais tarde por Losigne, Germano Sée e outros autores.

A ausencia de paralysia era, pois, um facto admittido por todos; porém recentemente Carpentier, Jachel, Raymond, e Chantemesse referiram diversas observações de paralysia coincidindo com o coma uremico.

A paralysia se explica pela maior alteração do systema vascular em um hemispherio do que no outro, seguindo-se a opinião de Raymond, ao passo que Tenneson e Chamtemesse fazem-n'a depender de um edema circumscripto ou predominante em uma região do encephalo.

Uremia mixta. E' um mixto de todas as outras, cujos symptomas podem n'ella existir, porém sem intensidade.

Os symptomas desta variedade clinica são principalmente a dyspnéa, os accessos de asthma e a respiração de Cheyne-Stokes.

Diversas manifestações clinicas tem sido descriptas com relação á dyspnéa, que umas vezes pode simular a asthma, outras vezes a dyspnéa do larynge, em certos casos pode revestir-se do rythmo respiratorio de cheyne-Stokes e finalmente então manifesta-se exclusivamente isolada.

A primeira modalidade clinica da dysdnéa, a qual Albutt deu o nome de asthma uremica, foi muito bem estudada por Germano Sée.

O seu começo é brusco, pois que o doente desperta-se victima de uma extrema dyspnéa, que pode chegar as vezes á

orthopnéa, sentindo além disso grande anciedade e fortes palpitações cardiacas.

O esthetoscopio nos mostra os mesmos phenomenos observados de ordinario de asthma : inspiração sibilante, expiração prolongada e immobilização do thorax.

Pela manhã todos estes phenomenos desapparecem, podendo então o doente dormir ; porém de ordinario o accesso se reproduz com igual intensidade nas noites que se seguirem ao primeiro accesso.

A intermittencia dos accessos, segundo Potain e Albutt, é devida aos espasmos dos vasos pulmonares, que são produzidos pela retenção no sangue do carbonato de ammonea.

Cuffer assim tambem pensa.

Outras vezes a dyspnéa é de origem laringea, parecendo ser devida a um obstaculo a penetração do ar, tornando a respiração sibilante ; praticando-se a tracheotomia, o doente não sente melhora alguma, fazendo crer que a dyspnéa é antes um phenomeno de origem cerebral.

A respiração de Cheyne-Stokess foi assignalada em 1874 por Fischl e depois estudada por Potain e Cuffer.

Esta respiração consiste em uma serie de inspirações mais ou menos fortes, até ao maximo de intensidade, depois vão diminuindo progressivamente de estensão e de força, acabando por uma suspensão em apparencia completa.

O doente fica muitas vezes neste estado e as pessoas que o cercam, acreditam que elle vai morrer, depois começa uma nova serie de movimentos inspiratorios analogos aos precedentes. Este phenomeno respiratorio indica a origem nervoza da dyspnéa uremica, pode preceder ao coma ou existir ao mesmo tempo que elle.

E' de um prognostico dos mais fataes quasi sempre é devido a uma perturbação funccional do centro respiratorio bulbar.

Uremia gastro-intestinal

Algumas vezes esta variedade está na dependencia da uremia cerebral, outras vezes manifesta-se independente, constituindo uma variedade especial, cujos symptomas são caracteristicos.

A anorexia é o primeiro symptoma a manifestar-se, a lingua apresenta um inducto brancacento, as vezes amarellado, com vermilhidão da ponta e dos bordos.

Depois vêm as nauseas, os vomitos que são as vezes frequentes e persistentes.

O vomitos a principio, são compostos de materias aquosas e glutinozas e são frequentes pela manhã, são além disso amargos e acres, mais tarde tornam-se alimentares.

A origem destes vomitos é attribuida a passagem da uréa atravez da mucoza do estomago.

Muitas vezes os vomitos predominam e podem tornar-se incoerciveis, outras vezes é a diarrhéa, que pode ser seroza ou dysentherica, que é tambem attribuida a possagem da uréa atravez da mucoza intestinal.

Marcha, duração e terminação da uremia

A duração da uremia é indeterminada e varia com as manifestações cerebraes, digestivas ou respiratorias que se produzem.

A molestia que lhe tem dado origem influe tambem sobre sua duração : assim a duração da uremia consecutiva a nephrite escarlatinoza não passa de 24 horas, trez dias no maximo, se a terminação é fatal, ou ao contrario favoravel.

Nas nephrites intersticiaes ou parenchymatozas, a uremia pode durar mezes.

A terminação tem lugar por cura ou por morte e a terminação fatal pode sobrevir desde o primeiro ataque.

Alguns autores consideram como prenuncio de cura certos phenomenos criticos : suores profusos, urinas abundantes e diarrhéas.

A uremia pode tambem dar lugar a recahidas.

Quando a uremia termina-se pela morte, esta pode ser subita e devida então á syncope ou asphyxia, que acompanham a forma dyspneica.

A morte dá-se mais commumente durante o coma, podendo as vezes dar-se tambem durante as convulsões.

Na uremia gastro-intestinal a morte pode ser o resultado da cachexia profunda, a que é reduzido o doente, ou então é devida a peritonite, resultante da perfuração intestinal.

Diagnostico

O diagnostico. E' muitas vezes difficel, em vista das variadas affecções, que podem simular a uremia, porém o auxilio de certos elementos, uma anamneze completa do doente, o exame das urinas e da temperatura, podem facilitar o diagnostico.

Estes elementos podem muitas vezes ser insufficientes, encontraremos então um grande recuso no estudo detalhado dos symptomas especiaes a cada uma das variedades clinicas da uremia.

A uremia cerebral pode apresentar-se sob quatro formas diversas : a convulsiva, a comatoza, a delirante, e a paralytica.

A convulsiva. pode tomar o typo epileptico ou tetanico.

O typo epileptico pode canfundir-se com a epilepsia essencial e com a eclampsia nervoza.

A uremia epileptica distingue-se da epilepsia verdadeira por não apresentar nunca em um só ataque reunidos todos os phenomenos d'esta—o grito inicial, perda de conhecimento espuma na bocca, e pronação forçada do pollegar, que podem se manifestar em sua evolução, porém sempre isoladamente.

O diagnostico entre a epilepsia uremica e a nervoza é extremamente difficil, visto terem ambas quasi os mesmos symptomas.

A temperatura elevada, que se nota na ultima em opposição a hypothermia, de que se acompanha a primeira, constitue um caracter differencial, que deve ser levado em muita consideração.

A eclampsia nervosa explica-se sempre pela indigestão, pela existencia de vermes intestinaes ou por uma dentição difficil, quando se manifesta nas crianças.

O typo tetanico pode confundir-se com o tetano, a tetania, as convulsões e contracturas dos hemiplegicos.

O diagnostico entre estas differentes affecções pelo estudo dos antecedentes, o exame minuciozo dos symptomas peculiares a cada uma d'ellas, a analyse das urinas e a marcha da temperatura, se tornará patente e nenhuma duvida nos poderá deixar quanto a sua veracidade.

A pesquiza do acido lactico, que sempre se encontra nas urinas do tetanico, é um meio de diagnostico, de que se pode lançar mão, segundo pensa Lecorché.

A ausencia do trismo, como caracter differencial, não é, todavia, um facto absoluto, pode ser encontrado na uremia uremica, segundo Aran, Jaccoud, etc.

A forma comatoza pode apresentar os phenomenos proprios a todos os estados comatozos, com os quaes pode-se confundil-a facilmente á primeira vista; o seu diagnostico, que é as vezes bem difficil, será, porém, estabelecido com mais ou menos segurança depois de um exame seguro e attento.

O coma uremico distingue-se do coma devido ao opio ao alcool pela natureza dos vomitos, estado da pupilla, suppressão dos suores e cheiro caracteristico do halito.

O diagnostico entre o coma uremico e o que se manifesta nas encephalopathias gottoza e saturnina, será estabelecido pelos exames das urinas e pela anamneze do doente.

O coma da apoplexia paludica não será confundido com o coma uremico, uma vez que o clinico volva sua attenção

para os antecedentes do enfermo, para o exame do baço e do figado e mormente para a analyse das urinas.

O coma da apoplexia cerebral é persistente e não apresenta os periodos de remissão e exarcebação, que se observam no coma uremico, que além disso se acompanha de respiração sibilante e não estertoroza, que é especial ao primeiro destes dois estados.

A forma delirante raramente apresenta-se isolada e nesse caso só por exclusão se fará o diagnostico do delirio uremico, que é em tudo semelhante ao delirio que se manifesta em certos estados morbidos.

O delirio nervozo e o symptomatico de alguma inflammação facilmente se distinguem do uremico; o primeiro é sempre o resultado de emoções moraes muito intensas ou de grandes lezões, principalmente si estas se produzem em pessoas, que se entregam ao abuso do alcool.

A forma paralytica da uremia apresenta as mais serias difficuldades em seu diagnostico, pois que em geral sua evolução dá-se sem os phenomenos communs da uremia, edema, cephalalgia, perturbações digestivas e a diminuição da temperatura (Chantemesse e Teneson).

As vezes a paralysia uremica é precedida de certos symptomas prodromicos: tendencia á vertigens, urinação frequente, sobre tudo a noite e um estado dyspneico passageiro.

Quando a forma paralytica se manifesta na idade avançada, em que nota-se sua maior predominancia, o seu diagnostico torna-se em extremo difficil ou mesmo em alguns casos impossivel de ser estabelecido.

A uremia paralytica pode-se confundir facilmente com a hemorrhagia cerebral, de que se distingue, todavia, por cer-

tos caracteres : na primeira ha sempre elevação de temperatura e a hemiplegia não dura tanto e não é tão completa, como na segunda.

A ueremia gastro-intestinal em seu começo pode confundir-se com as diversas formas da dyspepsia, o que não se dará se praticarmos o exame da urina.

Esta forma uremica apresenta muita semelhança com as perturbações digestivas da insufficiencia cardiaca.

A uremia dyspneica pode confundir-se com as inflammações thoraxicas, pleurizia e pneumonia, sobretudo se estas complicações derem-se nos periodos adiantados do mal de Bright.

O estado da temperatura e os signaes fornecidos pelo esthetoscopio serão poderozos auxiliares para bem firmarmos o diagnostico entre estes estados morbidos.

O hydrotorax, as aneurismas da crossa da aorta e os tumores mediastinos por se acompanharem sempre de dyspnéa apresentam tambem semelhança com a uremia dyspneica; um exame attento e minucioso dos symptomas proprios a cada um destes estados bastará para estabelecermos um diagnostico differencial.

A hypothermia, que acompanha os phenomenos uremicos, exceptuando-se unicamente a eclampsia puerperal, onde ha sempre hypethermia, era um facto até bem pouco tempo admittido por todos os autores e principalmente Bourneville que estudou com muita minuciosidade este symptoma ; recentemente muitos casos de hypethermia tem sido observados nos casos de uremia aguda.

Dentre as perturbações visuaes insistiremos especialmente sobre a amaurose uremica, que se distingue por sua

apparição e desapparição rapidas, pela ausencia de alterações pupillares, que possam ser verificadas pelo ophtalmoscopio e ainda pelas contracções da pupilla, que não perde aqui sua actividade propria.

O professor Bouchard dá grande valor á myosis como meio de diagnostico, porém, tal caracter não deve ser tido como absoluto, visto que recentemente Henoch, Lepine e Hajech referiram factos, em que observaram a existencia de mydriase.

Prognostico

Não são igualmente graves todos as fórmas da uremia, e, portanto, o seu prognostico variará segundo se trata de uma ou outra de suas manifestações clinicas.

A uremia dyspneica é considerada por todas como a mais grave, depois a cerebral, e em ultimo lugar a gastro-intestinal que é a menos perigosa de todas, porquanto raramente determinará por si só a morte, que é devida em geral a complicações, sendo preciso notar-se, todavia, que a intensidade e tenacidade dos vomitos ás vezes conduzirão o doente a inanição completa.

Conforme a marcha aguda ou lenta da uremia cerebral, o prognostico varia ainda, sendo mais grave na segunda, porque esta resulta de nephrites chronicas, que sempre serão fataes.

As diversas modalidades da uremia cerebral aguda não se apresentam com a mesma gravidade.

A fórma comotosa é a mais grave d'entre ellas, porquanto

pode dar lugar á morte em poucas horas e além d'isso é a terminação habitual das outras fõrmas cerebraes.

Depois segue-se a fórma convulsiva e sobretudo o typo tetanico e em ultimo lugar a fórma delirante.

A gravidade do prognostico varia com a maior ou menor intensidade dos symptomas observados.

Accessos espaçados e pouco intensos, a volta da intelligencia em seus intervallos e sobretudo si a urinação voltar a sua média physiologica, muito concorrem para um prognostico favoravel ; ao contrario, o prognostico será fatal, ou ao menos duvidoso, si os accessos forem mais repetidos, de extrema intensidade ou subintrantes, ou se o doente conservar-se no estado comatoso no iutervallo dos accessos, mesmo que estes sejam afastados, sendo a diminuição da respiração e a irregularidade do pulso o prenuncio da morte.

Indicações de algum valor nos podem ser dadas por certas condições etiologicas, taes como a idade e o sexo.

A uremia consecutiva á escarlatina, á dyphteria e ao estado puerperal póde ás vezes ser muito grave, mas a cura obtida será definitiva em muitos casos, ao passo que nas pessoas de idade, nas quaes a uremia é sempre o resultado de uma sclerose renal, sua terminação será com segurança mais vezes fatal.

O prognostico, deve, pois, ser tanto mais reservado quanto se tratar de um doente mais idoso.

Tratamento

A uremia é um estado morbido determinado pela accumulação no sangue dos principios constituintes da urina, que deixarão de ser eliminados por uma perturbação do apparelho uropuietico.

O seu tratamento, pois, deverá consistir principalmente em procurarmos eliminar por todos os meios possiveis os principios toxicos retidos no organismo.

E' assim que tentou-se eliminar pela pelle e pelo pulmão esses principios, aconselhando-se aos uremicos o uso de banhos de ar quente e secco, que, carregando-se de humidade ao nivel do pulmão, retirasse ao organismo uma certa quantidade de agua.

Esta espoliação era tambem provocada pela sudação, activada por meio de banhos de vapor e medicamentos sudorificos, taes como o jaborandi e seu alcaloide, a pilocarpina.

Incontestavelmente este systema de descarga organica rouba ao sangue alguns productos que devem ser eliminados pela pelle, porém nunca os que seguem a via renal.

O que torna sobretudo condemnavel este meio espoliador é que elle subtrahe de preferencia a agua, trazendo como consequencia inevitavel uma diminuição da urina, que nestes doentes já se acha excessivamente diminuida em quantidade e em densidade.

Mais logico seria augmentar-se a secreção urinaria por certos meios.

Nas molestias agudas e mesmo nos casos de insultos congestivos, que se manifestam muitas vezes no curso das affecções chronicas dos rins, procurou-se ora diminuir o estado

congestivo destes orgãos por meio de ventosas seccas ou escarificadas, sanguesugas e sinapismos, ora estimular o systema nervoso, irritando suas extremidades cutaneas, por meio de fricções, afim de obter por via reflexa uma uma acceleração da circulação renal, e portanto, uma superactividade da secreção urinaria.

Com o mesmo fim tem-se recorrido á cafeina e a digitalis.

Esta ultima, porém, não deve ser empregada indifferentemente em todos os periodos das molestias dos rins.

Quando a funcção renal é embaraçada e que a impermeabilidade tornou-se tal que o orgão não pòde mais eliminar as materias toxicas fabricadas pelo organismo, claro está que as substancias medicamentosas tambem serão ahi retidas.

Deve-se ter muita reserva no emprego das substancias toxicas, porquanto é bem possivel que um envenenamento therapeutico se manifeste ao lado da intoxicação uremica.

A digitalis produz bons effeitos em certos brighticos, quando as lesões renaes se associam perturbações cardiacas e que o rim não se acha muito impermeavel.

A prudencia no emprego da digitalis não está em sua administraçáo por pequenas doses ; ao contrario deve-se prescrevel-a em dóses elevadas, que arrisquem mesmo a ser toxicos, mas que sejam bastante fraccionadas, com os intervallos necessarios para que possamos velar sobre seus effeitos e suspender seu emprego, logo que se manifestem os vomitos e nauseas, signaes de sua accumulação.

A digitalis, é além d'isso, contra-indicada na uremia gastro-intestinal.

A introducção da agua fria no abdomen pelo emprego

dos clysteres frios tem dado alguns resultados, conforme diz o professor Bouchard, que vio em certos casos uma anuria grave ceder a este recurso, cujo emprego elle recommenda.

O estimulo levado a contractibilidade dos vazos abdominaes por este meio permitte deslocar-se para a circulação geral uma reserva quasi estagnante de sangue, que se acha accumulada entre os capillares arteriaes do abdomen e o figado, o que augmenta a tensão geral e, portanto, traz como consequencia uma maior actividade funccional para o lado dos rins.

As bebidas frescas, além de gozarem da propriedade de contrahir os vasos abdominaes, auxiliam a absorpção de uma certa quantidade de agua, concorrendo assim para o augmento da diurése.

D'entre estas bebidas o leite é uma das mais poderosas e seguras contra os accidentes uremicos, porquanto é um alimento e um medicamento da maior utilidade nestes casos.

Para combater a uremia o professor Bouchard indica o emprego da propria uréa, que suas experiencias demonstraram ser extremamente diuretica e capaz mais que nenhum outro agente de provocar a secreção urinaria.

A uréa administrada pela via digestiva não parece dar em resultado o augmento da urina.

Tem-se procurado eliminar os productos toxicos por meio do tubo digestivo, recorrendo-se ora aos vomitivos, ora aos purgativos.

Os vomitivos tem sido aconselhados com o fim de provocar na superficie do estomago uma secreção de materias extractivas, porém não está demonstrado que os vomitivos augmentem notavelmente as secreções gastricas.

O que se sabe é que diminuem a tensão arterial e provocam a secreção cutanea, phenomenos estes de uma manifesta inconveniencia, porquanto se exercem em detrimento da urinação, que deve-se a todo preço manter em estado normal.

Os purgativos e d'estes principalmente os drasticos tem sido empregados com o fim de retirar uréa ao sangue por meio da secreção intestinal, que se pode subtrahil-a na proporção em que esta existe no plasma.

Si este contem por litro 32 centigrammas de urea, e exactamente esta a mesma quantidade que encontramos no tubo intestinal.

Si retirassemos ao sangue um litro d'agua pela via intrstinal, seria um litro de agua de menos que deixaria de passar pelos rins ; ora esta quantidade d'agua eliminaria em estado de urina 50 vezes mais uréa.

Esta agua que passa o faz á custa da deshydratação do sangue e dos tecidos, diminue os edemas e os derramamentos e facilita a eliminação de algns venenos ; mas é indispensavel que depois da deshydratação, proceda-se logo a hydratação porquanto, se assim não fizermos, apenas teremos deslocado o veneno fazendo-o passar das cellulas para os plasmas.

Entretanto estas alternativas de subtracção e restituição d'agua do sangue aos tecidos não deixam de ser perigozas, porque nem sempre poderemos gradual-as á vontade.

Apezar d-esses argumentos, que contra-indicam o emprego dos purgativos, a observação clinica nos mostra que elles são de uma utilidade incontestavel em certos e determinados casos.

A sangria é sem duvida alguma um dos melhores recurso

therapeuticos contra os accidentes uremicos, considerando-a como via eliminadora dos elementos toxicos retidos na torrente circulatoria.

Uma sangria de 32 grammas descarrega o sangue de 50 centigrammas de materias extractivas, o que corresponde a 1/16 do total dessa eliminação (8 gr.) em 24 horas pelas urinas.

Exceptuada a via renal, é a sangria a que nos permitte retirar á economia mais substancias toxicas.

Uma sangria de 32 grs. extrahe do sangue tanta materia toxica quanto 280 grs. de liquido diarrheico e 100 litros de suor.

Bright, Abercombrie, Marshall-Hol, Rayer e tantos outros empregaram com bom resultado contra os accidentes uremicos a sangria copioza.

O seu emprego é, pois, bem indicado nas nephrites agudas, curaveis, como a escarlatinoza, quando complicam-se de uremia, porque a cura tem tudo a esperar da maior duração da molestia e uma emissão sanguinea regular pode offerecer ao pratico esse tempo de acção.

Nas molestias chronicas do rim a utilidade da sangria é duvidoza.

Para que produzisse resultado seria precizo pratical-a muitas vezes, o que teria consequencias desastrozas pelo abaixamento da tensão vascular, que deve ser evitado a todo custo nestes doentes.

A sangria copioza é perfeitamente indicada em certos casos agudos, aos quaes Peter dá o nome de serumuria, porquanto nestas condições o organismo é por assim dizer sorprehendido pela accumulação rapida de uma grande quanti-

dade de materias solidas e liquidas, uma sorte de plethora, que só poderá ser combatida efficazmente por este meio prompto de espoliação.

O tratamento da uremia proposto pelo professor Bouchard repousa sobre o conhecimento das fontes de intoxicação da economia por elle admittidas : a desassimilação, a secreção hepatica, a alimentação e as putrefações intestinaes.

Os productos de desassimilação organica augmentam seguramente a toxidez das urinas, mas podemos nós obstar que se realize esta desassimilação por meio do arsenico e da valeriana, que são medicamentos de poppança e que moderam, portanto, as trocas nutritivas ?

Seria inutil esta pratica, responde Bouchard, porquanto a propria molestia encarrega-se de impedir a desassimulação.

A accumulação das materias toxicas obstando as condições da osmose estabelece um equilibrio de tensão entre os liquidos intra e extra-cellulares, sò podendo dar-se de modo imperfeito a circulação da materia atravez da cellula.

O exigeno só com difficuldade poderá exercer sua acção sobre os elementos, a temperatura pode baixar a 30° no recto, o que prova a lentidão da nutrição, que não deve, portanto, ser mais provocada, uma vez que ella já existe em um gráo tão elevado.

O que existe de toxico na desassimilação são os productos da vida sem oxigeneo. Si este augmentar-se pouco crescerá a desassimilação, mas seus productos tornam-se menos toxicos.

A habitação no ar comprimido diminue a toxidez da urina e por conseguinte, as inhalações de oxygeno aconselhadas por Jaccoud são bem indicadas para combatermos os phenomenos uremicos.

Um dos melhores meios, que podemos oppor ao veneno biliar, é sem contestação o leite, que desde muito era empiracamente empregado para este fim.

Quando não é tolerado, como pode dar-se algumas vezes o leite produz effeitos purgativos e augmenta a bilis ; mas quando sua digestão fór completa, se estabelece a constipação e no seu residuo fecal não se encontra pigmento biliar.

Com o fim de expellir a bilis mais promptamente empregam-se os saes neutros, que atravessam com rapidez o tubo intestinal ; mas devem ser evitados os purgativos potassicos, o cremor de tartaro soluvel e o sal de Seignette.

A bilis descorada é muito menos toxica, porquanto sua toxidez é devida principalmente ás suas materias corantes. O melhor meio de descoral-a no tubo digestivo é o emprego do carvão em dóse sufficiente.

Combate-se a fonte de intoxicação alimentar por meio de um regimen, em que só entrem substancias pobres de materias mineraes e sobretudo de saes potassicos, que devem ser evitados com o maior cuidado, porque são reconhecidamente toxicos.

As substancias alimentares devem ser de digestão e absorpção faceis, afim de impedir-se a putrefação intestinal.

Deve ser proscripto o uso da carne mal assada, que é muito rica de saes potassicos e outras materias extractivas.

O leite satisfaz ás condições de uma excellente alimentação, já por sua facil digestão, já por conter uma diminuta quantidade de saes potassicos.

Além do leite devemos dar a clara d'ovo, o queijo, a carne cosida, porém de modo algum os caldos.

Deve-se evitar sempre a introducção de materias putres-

civeis, afim de que os residuos das digestões se apresentem em massas solidas, que não offereçam ao contacto da mucosa absorvente senão superficies duras e pouco extensas.

Quando os residuos são pastosos as revoluções constantes que provocam-lhe os movimentos peristalticos, do intestino, apresentam successivamente á absorpção da mucosa os venenos, que se acham em suas camadas superficiaes e profundas.

A alimentação lactea, quando é bem tolerada, produz sempre o melhor resultado, dando materias fecaes pouco abundantes e solidas.

Podemos combater a putrefacção intestinal por meio do carvão e tambem praticando-se a antisepsia intestinal.

Esta pode ser realizada rigorosamente pela associação do iodoformio ao carvão e pela naphtalina, meios estes theoricos, mas dos quaes a clinica já tem tirado proveito.

Além do tratamento geral, que até aqui temos analysado os phenomenos uremicos devem ser combatidos por um tratamento todo symptomatico, conforme predominar esta ou aquella de suas variedades.

E' assim que as uremias agudas da escarlatina e da gravidez reclamam pela intensidade e rapidez de suas manifestações um tratamento dos mais energicos como sangrias copiosas, devendo-se retirar de uma só vez 300, 400 ou mesmo 500 grammas de sangue, ventosas escarificedas ou seccas sobre a região lombar e dieta lactea.

A uremia gravidica pode tambem ser combatida com muita vantagem pelas inhalações de chloroformio.

Quando predominarem os accidentes cerebrees, empregaremos, além do tratamento geral, sanguesugas sobre os apo-

physyses mastoides, o hydrato de chloral e o bromureto de sodio.

A uremia dyspneica será combatida pela applicação das ventosas seccas sobre o thorax e pelas inhalações de chloroformio. Contra o typo asmathtico desta variedade recorreremos á tintura de quebracho, as inhalações de iodureto de etyla ou de nitrito de amyla.

Os vomitos que apparecem ordinariamente no curso da nremia gastro intestinal, devem ser promptamente combatidos porquanto elles tornam-se desde logo incoercivos e impedem assim toda tentativa de alimentação.

Os meios classicos, bebidas geladas, gelados, fragmentos de gelo, poção de Rivière, etc., não dão em geral resultados satisfactorios.

Com o mesmo fim tem sido aconselhados o creosoto e a tintura de iodo, ambos na dóse de uma a duas gotas em uma colher d'agua.

Lecorché e Talamon conseguiram algumas vezes combater os vomitos incoercivos com o emprego de 2 a 6 grammas de acido lactico em poção e tambem por meio da lavagem do estomago praticada pelo siphão.

PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇÕES

Cadeira de Phisica medica—Laryngoscopios

I

Os laryngoscopios são instrumentos de optica destinados ao exame do interior do larynge.

II

E' precizo ter-se o cuidado de aquecer o espelho do laryngoscopio antes da sua introdução.

III

Este instrumento presta relevantes serviços ao diagnostico de muitas affecções do larynge.

Cadeira de Chimica inorganica medica.—Estudo medico-chimico do mercurio e seus compostos

I

O mercurio puro não adhere ao vidro, nem a porcellana.

II

Elle serve para a construcção de thermometros, barometros e manometros.

III

Seu composto, salycilato de hydrargirio empregado pela

primeira vez em therapeutica pelo Dr. Silva Araujo em 1886, tem dado excellentes resultados em diversos dermatozes, principalmente nas affecções syphiliticas.

Cadeira de Botanica e Zoolsgia.—Parazitas animaes

I

Todo e qualquer animal que vive a custa da substancia de outros é denominado parasita.

II

Ha parazitas que vivem no tegumento externo e são chamados ecto-parazitas ; neste caso estão as especies de pulex, acarus, etc.

III

Outros vivem nas cavidades visceraes, de preferencia nas vias digestivas e na intimidade dos tecidos ; estes são chamados ento-parasitas, taes como as diversas especies de vermes, infuzorios, trichinas, que residem nos musculos etc.

Cadeira da Anatomia descriptiva.—Estudo anatomico do craneo

I

O craneo é uma caixa ossea collocada acima da columna vertebral com a qual se articula por meio da articulação occipcto-atloidea.

II

O craneo envolve o encephalo e suas membranas, formando-lhes uma verdadeira caixa protectora.

III

Esta caixa, geralmente ovoide, é constituida por 8 ossos:

4 impares, frontal, ethmoide, sphemide e occipital ; 2 pares, os temporaes, e os parietaes.

Cadeira de Chimica Organica e Biologica

I

A saliva, o succo gastrico, o succo pancreatico e a bilis, são os liquidos que transformam os alimentos, tornando-os aptos a serem absorvidos e assimilados.

II

O bolo alimentar, em contacto com estes succos, passa por transformações complexas que variam com a especie do alimento.

III

A saliva e o succo pancreatico tranformam as substancias amylaceas em destrina e glycose ; o succo gastrico e pancreatico peptonizam as substancias albuminoides ; o succo pancreatico tem ainda a propriedade de emulsionar as gorduras, que igualmente são saponificadas pela bilis.

Cadeira de physiologia.—Respiração

I

Dá-se o nome de respiração ao acto physiologico pelo qual absorvemos o oxigenio da atmosphera e expellimos acido carbonico.

II

A respiração divide-se em dous tempos, a inspiração e a expiração.

III

Durante a respiração o sangue venozo tranforma-se no

pulmão em sangue arterial por oxidação. Dá-se a este phenomeno o nome de hemathoze.

Cadeira de Pathologia Geral

I

A pathogenia da febre tem sido explicada por duas theorias : humoral e nervoza.

II

A humoral suppõe que os agentes pyretogenos augmentam as combustões organicas.

III

A nervoza, comdrehende a dos centros nervozos calorificos e a dos vasos motores ; a primeira diz que o sangue conduz o agente pyretogeno aos centros para excital-os, porduzindo a febre ; a segunda, que este agente excitando os vaso-motores, modifica a circulação, do que resulta a febre.

Cadeira de Therapeutica

I

A papaina é um fermento extrahido do succo do mamoeiro (carica papaya).

II

Tem a propriedade de transformar a fibrina animal em peptona e n'um producto amidonado cristalizavel.

III

Este poder transformador da papaina é muito mais energico do que a pepsina.

Cadeira de Pathologia Cirurgica

I

Dá-se o nome de tumor, a uma producção morbida persistente, de geração nova e caracterizada por uma tumefação limitada, quaesquer que sejam seus caracteres physicos.

II

As leis do nascimento e desenvolvimento dos elementos e tecidos no estado normal, as de sua constituição no estudo embrionario, adulto ou senil, explicam as perturbações que dão lugar a producção de um tumor.

III

Sua cura varia conforme a especie do tumor.

Cadeira de Anatomia e Physiologia Pathologicas. – Degenerações secundarias da medulla

I

As degenerações secundarias da medulla são ascendentes e descendentes.

II

As ascendentes são sempre de origem medullar e tem por séde os cordões posteriores e feixe cerebellozo directo de Flechsig.

III

As descendentes podem ser de origem encephalica ou medullar e tem por séde os cordões anteriores.

Cadeira de Pathologia Medica

I

A alimentação vicioza é uma das mais importantes causas do rachitismo

II

O rachitismo na muiher é uma das causas de distocía pela deformação que produz sobre os ossos da bacia:

III

O tratamento do rachitismo se resume no emprego dos tonicos; contra suas consequencias só os meios rirurgicos podem offerecer vantagens.

Cadeira de Histologia Theorica e Pratica

I

O epithelio pode ser constituido por uma só camada ou por camadas superpostas.

II

As principaes formas de cellulaa epitheliaes são a pavimentoza, a cylindrica e a de cilios vibrateis.

III

Qualquer que seja a forma destas cellulas ellas possuem sempre um nucleo.

Cadeira de Obstetricia

I

A hemorrhagia è bastante grave durante o trabalho do parto nos casos de inserção vicioza da placenta.

II

No segundo periodo ella é ainda mais grave, portanto, além dos acidentes maternos, põe em perigo a vida do feto.

III

No terceiro periodo as hemorrhagias são gravissimas.

Cadeira de Materia medica, Pharmacologia e arte de formular

I

O oleo de figado de bacalháo é extrahido dos figados de diversos peixes do genero Gaddus.

II

Os processos de preparação consistem na expressão e no aquecimento dos figados, cujo assucar tem soffrido a fermentação alcoolica.

III

Da preparação resultam 3 qualidades de oleo, que são reparadores por excellencia das forças nutritivas.

Cadeira de Medicina legal

I

Na embriaguez desapparece o livre arbitrio, achando-se a razão abolida e os sentidos perturbados ; não deve, portanto, haver responsabilidade.

II

No alcoolismo chronico o delinquente é tambem irresponsavel.

III

A embriaguez é uma circunstancia aggravante, quando o individuo tenha propositalmente abusado do alcool.

Cadeira de Hygiene

I

A fragmentação do hospital para a disseminação dos doentes é um principio basico na construcção dos hospitaes.

II

A superposição de andares n'um hospital augmenta os focos de infecção.

III

A bôa orientação de um hospital é indispensavel á hygiene hospitalar.

Primeira Cadeira de Clinica Medica

I

A albumina, si bem que possa apparecer nas urinas em diversas circunstancias, é todavia um signal importante para o diagnostico da nephrite.

II

Na nephrite intersticial a quantidade de albumina é muito menor do que na nephrite parenchymatoza.

III

Ha casos em que a albuminuria é intermittente, pelo que pode as vezes faltar ao exame albumina.

Segunda Cadeira de Clinica Medica

I

A alimentação goza de uma influencia incontestavel no apparecimento das manifestações gottozas, como o demonstra sua predilecção para a classe abastada.

II

O elemento anatomo-pathologico mais constante é constituido por depositos de uratos nos tecidos e nas articulações.

III

A anchylose é uma consequencia quasi natural, uma vez que o interior da articulação é occupado pelos tophus.

Primeira Cadeira de Clinica Cirurgica

I

Chama-se ulcera, a solução de continuidade das partes moles, mais ou menos antiga, acompanhada de um corrimento de pus.

II

Pode ser occasionado e entretida por uma causa particular, geral ou local, interna ou externa.

III

Seu tratamento deve ser baseado na causa que o produzio, ou que a entretem.

Segunda Cadeira de Clinica Cirurgica

I

A anesthezia local obteve um grande recurso com a descoberta da cocaina, cujas vantagens na clinica cirurgica são incontestaveis.

II

E' principalmente na cirurgia occular que a cocaina tem dado brilhantes resultados. Sua acção se faz notar de prefecia para as mucozas.

III

Emprega-se este medicamento sob a forma de chlorhydrato de cocaina. Elle leva vantagem incontestavel ao frio, as pulverizações de ether e chloroformio, ao amyleno, em fim a todos os antigos recursos da anesthezia local.

Cadeira de operações e apparelhos

I

A amputação da lingua é indicada, geralmente nos casos de tumores e macro-glossite.

II

Ella pode ser parcial ou total conforme a extensão da lezão que a determina.

III

Os meios de dierese mais empregados hoje para execução desta operação são os instrumentos cortantes como bisturis, tesouras, ou o esmagador linear, o thermo-cauterio e a alça galvano-caustica.

Cadeira de Clinica Obstetrica e Gynecologica

I

O pulso e a temperatura guardam um certo parallelismo durante o estado puerperal,

II

Depois do parto o pulso torna-se lento e a temperatura cahe ou conserva-se normal.

III

Quando ha mais de 38° e ha grande acceleração do pulso o parteiro deve suspeitar a existencia de uma infecção.

Cadeira de Clinica dermatologica e Syphiligraphica

I

A lepra é contagioza por que é microbiana.

II

Seu microbio é o bacillus de Neisser.

III

E' pouco curavel.

Cadeira de Clidica Propedeutica

I

Os reflexos, quando abolidos, são um dos signaes typos

de algumas molestias medullares.

II

Podem ser abolidos passageira ou permanentemente.

III

Os principaes são o pupillar e o patellar.

Cadeira de Clinica Ophthalmologica

I

As ophthalmias são frequente causa de cegueira no Brazil.

II

São graves, quando sem tratamento.

III

Esse tratamento obedece a antisepsia geral.

Cadeira de Chimica analytica e toxicologica

I

A analyse de uma urina, pode, em determinadas circunstancias, servir só por si á affirmaçao de certos estados morbidos.

II

A micro-chimica applicada a analyse das urinas é um dos alicerces mais solido sobre que appoiar-se-ha a medicina do futuro.

III

Principios aromaticos (amnios primarios) podem combinar-se com sulfo-diabenzol formando cores caracteristicas que apparecem apenas em certos estados morbidos.

Cadeira de Anatomia medico-cirurgica

I

A cadêa cerebral guarda justas relações com a caixa ossea craneana.

II

A determinação das sisuras de Rolando e de Silvius são pontos de reparo para o conhecimento dessas relações,

III

Dos planos oriundos do conhecimento dessas sisuras os mais importantes são o de Henry e de Camper.

Cadeira de clinica psychiatrica e de molestias nervozas

I

Todas as nevrozes presuppõem um vicio degenerativo.

II

Sua base anatomica não é ainda conhecida sufficientemente.

III

Alguns auctores as enquadram hoje no grupo das molestias mentaes.

Cadeira de clinica pediatrica

I

Athrepsia foi assignalada por Parrot.

II

E' uma molestia de desnutrição.

III

A intervenção medica deve ser energica e immediata, nesse caso.

Hypocratis Aphorismi

I

Vita brevis, ars longa, occasio preceps, experiencia fallax, judicium difficile.

II

In febribus, ex somnis pavores, aut convulsiones malum.

III

Natura corporis est in medicina principinm estudie.

IV

Ubi somnus delirum sedat, bonum.

V

Cibus, potus, venus, omni moderata sint.

VI

In febribus non intermittentibus si partes externa algeant interna urantus, et sitiant, lethale est.

Visto—Secretaria da Faculdade de Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 1896.—O secretario, Dr. Antonio de Mello Muniz Maia,